

Article

« La conception communautaire du droit et la psychiatrie communautaire »

L.M. Raymond

Recherches sociographiques, vol. 14, n° 1, 1973, p. 9-39.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/055600ar>

DOI: 10.7202/055600ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

LA CONCEPTION COMMUNAUTAIRE DU DROIT

et

LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

Le Ministère de la santé du Gouvernement du Québec, nous a appelé, en 1969, pour créer le Bureau d'étude et d'application de la législation psychiatrique. Nous avons ainsi participé à la réalisation d'un grand projet. Ce dessein aboutissait à créer, de façon audacieuse, une pensée législative qui sortait le droit de son caractère traditionnel. En même temps, cette création achevait de concrétiser, de normaliser, une politique psychiatrique. Il s'agissait du stade ultime d'une évolution et d'une organisation cohérentes de la systématique de soins et de dépistage. Le Bureau d'étude et d'application de la législation en psychiatrie était le signe d'un temps où sociologie juridique et histoire de la psychiatrie se rejoignaient, pour proposer au législateur un schéma clair et complet de l'organisation de l'hygiène mentale.

L'audace de ce geste, la richesse de son apport, pour l'histoire de la psychiatrie, comme pour la relation entre le droit et cette discipline médicale, a été peu connue, peu relevée, par les analystes de la psychiatrie au Québec. Peut-être la raison en est-elle toute simple, dans ce que les historiens appellent les avatars de la politique : l'équipe qui avait pensé ces projets n'est plus au pouvoir.

Il nous appartient aujourd'hui, alors que toute pensée nostalgique ou critique est déjà lointaine, de retracer la signification de cette création.

Il ne suffit pas d'avoir proposé une systématique soignante qui réunisse l'assentiment des milieux médicaux ou para-médicaux, pour avoir créé une réalité opérante et efficace. La psychiatrie au Québec, depuis les années '60, avait atteint le point où la structure donnait l'impression d'une réalité qui pouvait se suffire à elle-même, sans demander la consécration d'une charpente législative. Mais justement, c'est ici que celui qui avait organisé ce plan d'action a jugé que le moment était venu de proposer au Gouvernement de sortir des perspectives fluides de la pensée psychiatrique, pour donner à la doctrine vérifiée dans les faits, la force impérative d'une réalité créatrice. Le psychiatre ignore souvent qu'une doctrine doit

recevoir la force d'une construction normative. Elle s'impose dans la continuité, pour constituer cette « cascade » dont parlait Kelsen, qui seule donne à ceux qui, dans les autres services de l'État, doivent avoir des relations avec les psychiatres, l'impression que ceux-ci n'obéissent pas qu'à leur idée d'un moment.

Il s'agissait de concrétiser par une loi et par des textes d'application, la réalité psychiatrique. Telle était la première tâche du bureau qui venait d'être créé.

Le thème fondamental, qui seul pouvait donner un sens à la réalité que le législateur allait instituer sur son véritable plan, était déjà en action. Mais le passage de la réalité opérante à la construction normative, qui doit la transférer sur le plan législatif, appelle immédiatement un nouvel examen de la validité de la doctrine. C'est pourquoi la tâche du bureau n'était pas que de dire ce qui était, mais de mieux dégager ce pourquoi cela était, et de s'assurer que, pour notre temps, c'était la solution la meilleure. Il y a en outre un impératif, qui s'impose toujours au législateur : ne jamais sacrifier à l'efficacité, la dignité humaine et donc contrôler, quelle que soit la valeur des résultats, s'ils ne peuvent être acquis aux dépens de ce sur quoi on ne peut transiger.

C'est pourquoi nous n'avons pas hésité à, tout d'abord, interroger les différents groupes sociaux, les professionnels, comme ceux que préoccupe la défense des droits de l'homme malade. Il s'agissait de redécouvrir, derrière les usages, les traditions, les habitudes de pensée, les aspirations salariales ou de prestige, la réalité de la présence auprès des malades et de la responsabilité professionnelle, dans l'action thérapeutique. Cela en questionnant toujours la signification de ces attitudes pour la vérité humaine, ce qui est l'apport du juriste qui n'est pas qu'un technicien de la formulation des idées.

Il fallait, à travers des usages multiples, des aspirations et des contestations, découvrir la problématique soignante de chacun, dans un tout cohérent et susceptible d'adhérer à une grande pensée.¹

¹ Rencontrant notre souci pour la première fois, en Amérique du Nord, une loi destinée à la protection des malades mentaux paraissait devoir commencer par une déclaration de principe. Or cette source législative n'était pas négligeable car elle provenait de l'État de New-York. Le projet de loi d'hygiène mentale soumis au Sénat en 1969, débute en effet par une définition de la politique psychiatrique. (Cf : State of New-York, 5227, 1969-1970, *Regular Sessions in Senate*, 17 mars 1969, art. 1.03.) On sait que les déclarations d'intention sont rares chez le législateur anglo-américain. En avoir éprouvé le besoin ici, nous a paru significatif d'une évolution, si l'on compare à la prudence très traditionnaliste dont témoigne le livre de l'Association canadienne pour la santé mentale (rédigé à Toronto en 1969) qui déclare, p. 5 : « Un certain nombre de principes, émis sous forme de recommandations, devront guider le législateur. Cependant certains de ces principes ne devront pas prendre forme de loi et ne sont pas véritablement matière à une action légale. »

Tout de suite le fouillis juridique, mais aussi les brutales cassures de la pensée médicale déconcertée par sa propre critique,² apparurent comme les véritables obstacles à l'efficacité du dispositif soignant. Finalement, de l'analyse des textes existants et de la perception de rupture de la pensée médicale, résultait l'impression qu'il existait, en vérité, trois systèmes, imbriqués mais encore discernables, autour desquels on pouvait ranger aussi bien les dispositions légales que les théories psychiatriques.

Le projet de l'étude qu'on va lire est de décrire ces trois modèles. Mais nous allons le faire sur le ton d'un récit car c'est d'une expérience dont nous parlerons, l'expérience d'un juriste qui vit depuis plus de vingt ans auprès de médecins. S'il a « fait psycho-pathologie », étudié l'économie politique et la sociologie dans un cadre universitaire, ce ne fut jamais sans être chaque jour confronté à la dure loi de l'action médicale. Celle-ci doit toujours donner une réponse à l'appel de la souffrance. Ce n'est donc pas dans une attitude sereine et un peu lointaine que le juriste, appelé à être consulté par la législature, a écouté et suivi le schéma qui se déroulait devant ses yeux et dont il rend compte sommairement aujourd'hui. Il a perçu à travers lui, non seulement un grand courant médical, mais une confrontation quasi tragique entre droit et médecine.

Le lecteur excusera donc le ton parfois vif, toujours très engagé du texte qui va suivre.

Il nous a semblé que le moment était privilégié où toute la dramatique de la confrontation entre juristes et psychiatres se révélerait, car elle était déjà là dans la pensée du médecin qui regarde son action. La déchirure de la doctrine médicale (provoquée par l'intrusion de ce qu'on appelle l'anti-psychiatrie) rendait le soignant anxieux de retrouver des lignes de force solides pour son insertion dans la communauté ; celle-ci était, en effet, niée ou condamnée par ses propres confrères engagés dans une lutte révolutionnaire.

Le psychiatre qui refuse de cesser son action cohérente, a cependant peur de demander l'aide du juriste, même réformateur. Il a peur d'être rejeté dans l'autoritarisme institutionnel du « médico-légal » du passé.³ Mais à chaque pas il découvre qu'il fait du droit, comme M. Jourdain de la prose, qu'il doit recourir, pour ne pas tomber dans le « fusionnel », à des schémas structuraux, tracés solidement, donc par voie législative. C'est cela « être le dos au mur », pour le psychiatre qui n'attend pas de la seule

² Henri F. ELLENBERGER, *Psychiatrie ou Antipsychiatrie*, p. 2. « Mais la chose la plus paradoxale a été de voir des psychiatres abjurer leur science, renier leur profession et se déclarer 'anti-psychiatres'. » « Je suis psychiatre, et j'en ai honte », proclamait un de nos jeunes collègues lors d'un débat public, où la psychiatrie était mise en accusation à l'Université McGill.

³ Comment assurer autrement « la maîtrise des institutions » ? (Dr Philippe PAUMELLE, *Conférences. Année universitaire 1970-1971*, Université de Montréal, ch. I, 1ère conf., p. 7.)

révolution la possibilité de répondre à un appel.⁴ Il ne peut le faire à main nue, car il sait devoir offrir une continuité de soin qui exige des « institutions ».

Or cet appel auquel il veut répondre est celui du malade mental. Celui-ci ne s'exprime pas comme la plainte du malade somatique en termes clairs. La souffrance du psychotique étouffe son propre appel.⁵ Le psychiatre ne peut s'en prévaloir directement, pour faire reconnaître son devoir d'intervenir pour répondre à une détresse. Le psychiatre a donc besoin d'une « légitimité » qui vienne d'ailleurs.

L'anti-psychiatrie lui refuse le droit de parler au nom d'une médecine unanime dans son approche. Dès lors, il va se plaindre de l'incapacité législative. Il lui reproche de se refuser à se départir de sa technicité déshumanisante : « Il n'y est question que de structures et d'institutions, jamais des hommes, ni de leur qualification. » (Ph. PAUMELLE.) Il reproche la stérilité d'une pensée qui n'est pas assortie de moyens financiers de réalisation.⁶

Mais ce n'est jamais sans une certaine insécurité que le psychiatre récuse l'aide du législateur, car aussitôt, il lui reproche sa non intervention ou bien encore il annonce prématurément son échec.

Avant même de savoir ce que va faire le Gouvernement du Québec et le Parlement de notre propre projet, le Dr Gilles Lortie, cependant homme méthodique et soucieux de la réalisation d'une politique de santé mentale, s'écrie : « Pendant de nombreuses années, il a été question de refaire la loi portant sur les hôpitaux, pour le traitement des maladies

⁴ « Deux positions extrêmes doivent être bannies :

1) *Les régimes autocratiques* dans lesquels règne la toute puissance des soignants et de l'administration, ce qui engendre chez les patients la passivité ou la révolte.

2) *Les régimes anarcho-fusionnels* qui consistent à une annulation mythique de toute distance entre soignants et soignés.

Il importe de viser à la rencontre de sujet à sujet par la reconnaissance de l'autre comme autre. La spécificité des fonctions de chacun doit être acceptée et comprise. C'est là une condition de souplesse, car le soignant ne pourra en faire preuve que s'il se sent sûr de sa position spécifique, c'est-à-dire de son identité propre. » (*Id.*, ch. III, 3^e conf., p. 5. Cours photocopiés, notes du Dr. A. MONETTE.)

⁵ « Il ne faut pas perdre de vue ce qu'il y a de particulier dans la relation thérapeutique en psychiatrie, à savoir que s'occuper de vrais fous, c'est répondre à une demande de quelqu'un qui, explicitement, ne demande rien. » (*Id.*, ch. III, 10^e conf., notée Dr André MONETTE.)

⁶ « Des textes dépassés, souvent devenus purement formels, d'étroites solidarités intra-administratives, permettent en fait aux responsables à divers échelons, d'en négliger ou d'en imposer l'application, d'autoriser ou d'empêcher à peu près tout ce qu'ils veulent. Il suffit, pour s'en assurer, de comparer la situation existant dans différents établissements. Des décisions souveraines, tombées du « château » des finances, avec lequel le corps médical n'a absolument aucun contact, viennent au besoin trancher le différend. De toute façon, l'administration dispose d'armes de dissuasion absolues : les délais et le silence... » (Dr Le GUILLANT, *Le Monde*, 19 novembre 1965.)

mentales et cette étude qui devait voir le jour très bientôt, sera, semble-t-il, elle aussi, sans lendemain. » ⁷

Mais alors, il nous est permis de dire qu'il y a une attente vraie, chez le médecin, de la réponse législative. Que loin d'être le créateur d'artefacts qui figent une évolution, rejettent les efforts de la pensée actuelle, le législateur peut être le lanceur d'activités constructives à portée thérapeutique réelle, il peut l'être, tout en préservant ces garde-fous nécessaires, dont le thérapeute découvre la nécessité sous la critique des anti-psychiatres, qui s'appellent : respect de l'autre, respect des présences multiples dans un monde où tout est solidaire.

Le projet de notre récit sera alors de retracer les trois modèles. Le dernier sera celui que nous avons proposé au législateur. Nous traiterons également du dispositif de contrôle, de l'organisation du réseau de santé et du système de protection des droits du malade, reliés à notre « modèle communautaire modéré ».

I. LE MODÈLE MÉDICO-LÉGAL

Les traditions juridiques anglo-américaines et françaises, bien que très différentes, avaient cependant dans notre domaine, assez bien collaboré pour constituer un plan juridique encore reconnaissable, car cohérent et solide. On peut, pensons-nous, exprimer de la manière suivante la problématique à laquelle répondait le législateur qui a constitué ce modèle :

— il a voulu rechercher une solution à la tension créée par l'opposition entre, d'une part le respect des exigences d'un des grands principes du droit qu'on peut exprimer ainsi : nul ne peut être privé de sa liberté sans une décision judiciaire préalable ; d'autre part, la protection de la société contre le péril que représente le malade mental en liberté. ⁸

— il a voulu trouver une solution susceptible de protéger le patrimoine familial, que le malade mental risque de dilapider, et en même temps garantir la sécurité des transactions, fondement de tout commerce.

Le modèle médico-légal propose une solution à chacune des deux séquences du problème, à l'aide de deux notions : la notion de *dangerosité* du malade, définie médicalement, pour la protection de la société ; la notion

⁷ Nous citons ces propos vraiment émouvants du directeur régional de la psychiatrie (« coordinateur régional ») à Montréal, tenus publiquement le 13 mai 1971 à l'Université de Montréal, alors que notre projet n'avait encore pas vu le jour. (« La Psychiatrie au Québec. Évolution de la psychiatrie Québécoise, 1961-1971 », *Conférences, op. cit.*, 22^e conf., 13 mai 1971, p. 22.)

⁸ C'est-à-dire qu'il s'agissait de justifier le « placement » ou la « cure fermée » avant tout mandat judiciaire. (Loi des Institutions pour malades mentaux, S.R.Q., 1964, chap. 166 et 217.)

de *minorité* de l'adulte devenu « majeur protégé ». Ce dernier procédé de solution est alors emprunté au Chapitre de la tutelle des mineurs, ou au statut des biens des enfants trouvés (régime de l'administration provisoire, avec ou sans contrôle du juge des tutelles).

Nous remarquerons que, dans un cas comme dans l'autre, il n'est nullement fait appel à des notions de diagnostic, de dépistage ou de traitement, idées familières dans ce domaine et auxquelles on était en droit de s'attendre, semblait-il. Bien au contraire, le modèle médico-légal manifeste le refus du législateur classique d'entrer dans des perspectives médicales. Ce qui ne veut pas dire que le législateur va les ignorer. Il ne refuse pas d'imposer aux structures médicales une certaine démarche, certaines définitions de leurs activités. Mais c'est en décentrant l'activité médicale de ses lignes de spécificité qu'opère le législateur dans son appel au médecin. Il n'entre pas dans le domaine médical.

Nous allons voir jouer cette curieuse dialectique de l'ignorance de la finalité médicale, dans le modèle relatif au placement du malade et dans celui qui organise la destination de ses biens. Dans le premier cas, il s'agit de fonder la décision d'hospitalisation forcée, plus ou moins cellulaire, selon les moyens dont on dispose. Dans le second, le retrait du droit de disposer des biens, pour la sauvegarde du patrimoine familial.

Nous avons dit que le modèle médico-légal découvre la légitimité de la décision privative de liberté (prise en dehors de l'autorité du magistrat) dans la dangerosité présentée par le malade. Comment définir la dangerosité ?⁹ On sait très bien aujourd'hui que cette notion ne correspond à aucun critère médical ou scientifique ; elle est un construit de l'histoire des sociétés, un résidu sociologique. L'individu dangereux n'est pas un homme, c'est un événement comme la force majeure, c'est-à-dire un objet qui obéit à une force irrésistible.¹⁰ Or, la mission de l'État est de défendre la société contre le risque que lui fait courir la présence de telles forces.

Très caractéristique de cette conception fut la discussion qui eût lieu à la Chambre des Pairs, en France, en 1838. Le gouvernement prétendait faire voter un projet qui permettait l'hospitalisation forcée, avec contrôle médical, de l'individu déclaré par l'autorité administrative (de police) devant

⁹ C. KOUPERNIK, dans un article bref et suggestif déjà ancien, a rendu compte de la légèreté avec laquelle les juges croient trop souvent possible pour le psychiatre de définir la probabilité d'une dangerosité chez un malade : « Nous nous permettrons de rappeler un exemple tragique, celui d'un fils de psychiatre soigné par insulino-thérapie, considéré comme guéri, et qui le lendemain de sa sortie frappait à mort sa mère. » (« Faut-il juger Pinel ? », *Le concours médical*, 28 mai 1962, p. 2578.)

¹⁰ « Il s'agit de prévenir des accidents analogues à ceux que la police administrative embrasse dans sa sollicitude, en vue desquels elle a été instituée, tels que les inondations, les incendies, les fléaux de tous genres qui menacent la salubrité publique ou même le repos du citoyen. » (DE GASPARI, ministre de l'Intérieur, 1847. Cité par M. THIRE, *Le régime des aliénés*, thèse de droit, Paris, 1949, p. 2.)

faire l'objet d'un placement d'office. Les orateurs libéraux déclarèrent qu'une telle manière de voir était intolérable car, disaient-ils, de deux choses l'une : ou bien l'individu qu'on veut placer est un danger, pour lui-même ou pour les autres, et alors, c'est évident, nul besoin de faire appel à un médecin pour le dire ; ou bien s'il n'apparaît pas comme un danger, pourquoi ne pas le laisser libre, le laisser se soigner comme il l'entend et s'il en est besoin.¹¹

Cette discussion posait bien le problème, elle éclaire la notion de dangerosité telle que l'opinion publique la conçoit : celle-ci ne correspond qu'à la folie furieuse, extrêmement rare et souvent non prévisible. Mais son adoption équivaldrait à ne pouvoir hospitaliser de force que les fous criminels ou manifestement aberrants. Il est alors facile de montrer à l'opinion que le danger est caché, mais existant ; il faut recourir au médecin pour désigner la dangerosité en puissance, il est impossible de protéger la société sans cela. Ainsi tombe tout scrupule sur le fondement réel de la mesure d'internement, alors qu'aucun péril n'est évident.

Le médecin était donc indispensable pour que l'on puisse protéger la société contre la dangerosité, sans attenter à la règle de droit, car il allait dire qui est dangereux. L'administration ne va alors que sanctionner une décision médicale.¹²

C'était le premier volet du modèle médico-légal. Mais il en comportait un second. En cette même année, 1838, le législateur, après avoir tout organisé en ce qui concerne la personne (à partir, nous l'avons vu, de la notion de dangerosité, qui légitime ce qu'on appelle en France le placement d'office, et au Canada la cure fermée) va se servir du modèle de la protection des biens des mineurs, pour protéger le patrimoine familial contre les initiatives de l'individu dangereux redevenu « mineur ». On croit généralement que l'administration des biens prévue par la loi du 30 juin 1838 est un

¹¹ ISAMBERT va aller encore plus loin dans ce refus du recours au médecin ; logique avec lui-même, il affirme le 3 avril 1837 : « Seul le magistrat doit décider après avoir vu par ses yeux (et non sur papiers) l'état du malade. » (Ministère de l'Intérieur et des Cultes, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, Paris, Berger Levrault, 1881.)

¹² « La loi du 30 juin 1838 qui continue (en 1971) à régir le statut de la plupart des hospitalisés (...) est basée sur cinq aphorismes aujourd'hui caducs ou dépassés (...) Une statistique américaine récente prouve que le taux d'actes criminels parmi les anciens pensionnaires d'hôpital psychiatrique est moindre que celui de la société globale. » (J. HOCHMANN, *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, Seuil, 1971, p. 295.) Le Pr Marcel COLIN (de Lyon) et J. HOCHMANN avaient d'ailleurs essayé de montrer que la dangerosité siègeait plus « dans une relation prête à se rompre, dans un ensemble de périls que dans tel ou tel individu ». (*Diagnostic et traitement des états dangereux*, Paris, Masson, 1963.) La démonstration de cette dernière affirmation n'est pas nécessaire pour établir la conclusion d'ensemble, car c'est la « dangerosité » elle-même qui n'est pas identifiable de façon assez certaine pour constituer un concept clinique transposable en législation.

modèle original,¹³ astucieusement organisé par le législateur à l'intention des malades mentaux internés. En vérité, il s'agit tout simplement de l'application à ces individus de la loi de Pluviose An XIII, destinée aux « enfants trouvés ». Le 30 juin 1968, cent trente ans plus tard, après avoir réformé le régime de la tutelle des mineurs, on va faire de même : on applique tout bonnement le nouveau système des mineurs au malade. C'est le « juge des tutelles » nouvellement créé qui va devenir le protecteur des personnes placées « sous la garde de la justice ». Au Québec, les biens seront placés entre les mains de celui qui est désigné, de plein droit, pour suppléer le tuteur défaillant ou pour administrer les biens sans maître : le curateur public.¹⁴

Pour exécuter cette partie du modèle juridique, qui consiste à minoriser l'adulte devenu ainsi objet, il restait aussi à faire appel au médecin. Certes, on ne va pas toujours lier les dispositions relatives aux biens au traitement médical, mais on va, en pratique, joindre les deux déclarations : celle de dangerosité et celle d'incapacité, et en rendre responsable un médecin « certificateur » (ici médecin-chef, là surintendant médical de l'asile).¹⁵

On n'a peut-être pas suffisamment noté que l'activité non médicale du « certificateur » (qui va devenir si dévorante dans la pratique quotidienne de la médecine officielle ou privée¹⁶) est beaucoup plus gravement engagée ici qu'ailleurs, et sur des bases scientifiques beaucoup moins solides. La preuve en est que le juge, s'il se sert du médecin pour établir la dangerosité, va le faire contrôler, le cas advenant, par un autre médecin. Mais il ne faut pas se tromper : ce contrôle ne va pas être l'occasion de déployer une meilleure méthodologie d'observation du malade. L'expert opère dans les mêmes conditions

¹³ « ... Le législateur n'a pas voulu d'une investiture légale (de l'administrateur) c'est-à-dire investi de droit par la loi elle-même de l'administration éventuelle du patrimoine. Les majeurs n'ont qu'un seul protecteur de leurs droits : la justice. Seul le juge peut leur choisir un administrateur s'ils deviennent incapables ; on a alors utilisé une formule prise dans un ordre tout autre. » (Rapport SALEILLES, A. M. P., 1905, T. IV, p. 263 sq.)

¹⁴ « Le curateur public est un curateur d'office de tout malade mental qui n'est pas pourvu d'un tuteur ou d'un curateur et dont l'incapacité lui est attestée par certificat du surintendant d'un hôpital régi par la loi des institutions pour malades mentaux... » (S. R. Q., Art. 6, chap. 166.)

¹⁵ S. R. Q., 1964, Art. 272, ch. 166.

¹⁶ Il est assez surprenant, à première vue de lire : « La justice civile fait appel à un grand nombre de médecins de tout rang, qu'elle arrache pour un moment à leurs préoccupations thérapeutiques. » (J. PLANQUES, *La médecine judiciaire*, Que sais-je ?, P. U. F., 1967, p. 7.) Un médecin peut-il être arraché à sa finalité ? C'est bien là le problème de la médecine légale (en dehors de l'activité de pure constatation sur le cadavre par exemple) qui conçoit son rôle comme dépassant une simple constatation mais engage un « dialogue avec le droit » (*id.*, p. 10) et par là retrouve la définition exacte du rôle social du médecin qui est de soigner, en refusant le concept philosophique traditionnel de la dichotomie : « individu-société ». En ce sens, tout médecin est médecin légiste dans chacun de ses actes.

de travail que celui dont il vérifie les conclusions.¹⁷ À aucun des deux il n'est donné de suivre le malade, de l'observer de façon durable.¹⁸ Le détournement de l'acte médical de son authenticité est ainsi, de contrôle en contrôle, projeté à l'infini, sans qu'il y ait la moindre amélioration dans la qualité scientifique du diagnostic ou du pronostic.

Le modèle médico-légal plongé dans le système du médecin « certificateur », puis « contre-certificateur », manifeste une tension dramatique entre la vision d'une nécessaire protection de la sécurité des personnes, et, d'autre part, le caractère quasi impalpable de la notion de dangerosité. Cette solution ne fonctionne que par une foi mystique en l'art médical.¹⁹

De cette tension résulte le déplacement du colloque singulier : médecin-malade, en colloque : médecin-juge. Mais un doute va peu à peu se faire sur la validité, « l'objectivité » de ce colloque. Cela devait arriver ; le prestige d'une expertise contrôlée, recontrôlée s'étiole peu à peu dans l'esprit du public. Les batailles de médecins à la barre des tribunaux altèrent un système basé sur la foi. Dans les droits les plus récents, la sincérité de cette « messe basse » va être mise en doute. Le pouvoir législatif va intervenir directement pour établir un super-contrôle au-dessus du juge.

Ne serait-ce pas que la relation médecin-juge paraît entachée d'un caractère équivoque ?

La plupart des droits modernes confient, en effet, à un *ombudsman* le contrôle des personnes placées dans des établissements pour aliénés. C'est ainsi que le Bill 13 de 1969, au Québec, charge le « protecteur du citoyen »²⁰ d'enquêter sur la situation de toute personne internée, et au sujet de laquelle une plainte lui a été adressée. Il doit faire rapport de son enquête, non pas à l'autorité judiciaire, mais à l'Assemblée Nationale.

¹⁷ « On oublie peut-être trop souvent, que l'examen en matière de psychiatrie est infiniment plus délicat que l'investigation clinique habituelle : celle-ci, comparée au tour de force que nous sommes appelés à accomplir, revêt la sereine simplicité de l'examen vétérinaire. » (C. KOUPEKNIK, *loc. cit.*, p. 2576.)

¹⁸ « L'exécution d'une expertise psychiatrique exige la réalisation d'un travail considérable (qui, en général, se déroule pendant deux ou trois mois). L'utilisation pratique des résultats de l'expertise n'est pas proportionnée aux efforts et au travail que l'expert a accomplis. » (Pr G. CANEPA, « Les problèmes méthodologiques de l'expertise psychiatrique », *Médecine légale*, XV, 3-4, 1967, p. 182.)

¹⁹ « La nature de l'acte intellectuel par lequel une fois le rapport déposé, le juge se déclare convaincu, ne sera pas une fois sur deux, adhésion rationnelle, mais soumission dans le secret, et acte de foi... *credo in absurdum*. » Une critique très sévère et qui fut retentissante de ce système se trouve dans le livre d'Allec MELLOR, *Les grands problèmes contemporains de l'instruction criminelle*, Paris, Domat, 1952.

²⁰ Louis MARCEAU, « Le Protecteur du citoyen : les Institutions publiques traditionnelles et les tribunaux administratifs », *Revue du Barreau*, Montréal, 1970, p. 67. Me MARCEAU, qui est le « protecteur du citoyen », rend compte dans cette étude de la conception qu'il se fait de la mission qui lui est confiée par l'Assemblée Nationale, à savoir « contrôler l'exécution de la loi » (p. 71) là où il existe un « pouvoir discrétionnaire qui rend nécessaire une protection spéciale » (p. 69-70).

La création de ce super-contrôle, réclamé aussi en France, dénonce un état d'esprit particulièrement intéressant à noter. Il procède d'une nouvelle application de la découverte faite par notre société du danger que représente « la bureaucratie ». On veut un avis extérieur au juge car celui-ci est perçu désormais comme le représentant de l'institution judiciaire.²¹ On craint qu'il soit enfermé dans les traditions, les forces de pression d'une hiérarchie qui sympathise avec une autre institution bureaucratique : l'institution universitaire et hospitalière, en laquelle le médecin paraît, à son tour, enfermé, de sorte que l'individu risquerait d'être l'objet d'une collusion de deux institutions hiérarchiques.

Le modèle médico-légal se défait au moment où le système institutionnel atteint sa perfection. Le médecin est « intégré » dans le centre hospitalier dont il apparaît comme un fonctionnaire, le juge n'est plus, aux yeux d'un certain nombre, qu'un élément de l'institution judiciaire. Ces deux institutions sont régies par le fameux principe de Weber sur la bureaucratie : elle n'apprécie plus la réalité qu'en fonction de l'intérêt de l'institution.

C'est la mise en question de toute institution, dont témoigne le rôle attribué à l'*ombudsman*, qui va être au point de départ de la critique radicale qu'est l'anti-psychiatrie, véritable cassure de la pensée médicale. Les prisons, les établissements pour aliénés, les corps constitués, tels la médecine (collège ou ordre des médecins), la justice, les institutions hospitalières, tout cela n'est plus conçu que comme l'émanation de la bureaucratie établie. Celle-ci monnaie, distille, applique les objectifs de la classe au pouvoir, obéit à ses « valeurs ».

II. LE MODÈLE DE L'ANTI-PSYCHIATRIE

Le fondateur de l'anti-psychiatrie est de l'aveu quasi unanime SAAZ,²² bien que le nom ne semble avoir apparu que plus tard, en 1967, dans le titre du livre de David COOPER : *Psychiatry and Antipsychiatry*, publié à Londres, par Tavistock, en 1967.

La description des conséquences institutionnelles du modèle médico-légal, a été faite avec un singulier bonheur par Erving GOFFMAN en 1959.²³ De son analyse on glisse peu à peu vers des doctrines plus franches, qui vont prendre leur parti de la description totalement négative de la psychiatrie institutionnelle.

²¹ Kenneth Culp DAVIS, *Discretionary Justice : A Preliminary Inquiry*, Bâton Rouge, 1969.

²² Par son livre, *Law, Liberty and Psychiatry*, New York, Collier Books, 1963.

²³ Erving GOFFMAN, *Asylums*, Anchor Books, 1961.

Nous rappellerons la thèse centrale. Toute institution secrète une culture pathogène. Elle a sa dynamique qui provoque chez l'individu qui lui est soumis une destructuration de l'image qu'il a de lui-même. L'homme seul, livré à cette emprise, ne peut se défendre, il doit se créer de nouvelles appartenances ou s'abandonner en ne présentant plus aucune résistance. Il n'a que le choix entre l'adaptation, par l'aliénation, à l'institution aliénante, et le refuge dans la maladie.

Le paradoxe est qu'on livre l'individu qui refuse l'emprise d'une société large, à l'emprise encore plus féroce d'une société étroite ; c'est ce que signifie l'internement. Enfermé dans la séquence bureaucratique,²⁴ l'hôpital secrète des sous-produits juridiques, des normes contraignantes qui désintègrent les forces de réalisation du moi.²⁵ Alors que celles-ci étaient déjà mises en cause par le milieu qui a rejeté le malade.

L'intervention du médecin ne pourrait avoir de sens que si elle refusait de livrer l'individu à cette sous-culture pathogène.²⁶ La maladie mentale n'est qu'une réaction salubre à l'oppression sociale ; or, le traitement psychiatrique n'est que la mise en œuvre d'un système d'oppression organisé hiérarchiquement pour contrer la tentative de sortie de l'individu. Le psychiatre est un juge, un agent de la répression. C'est lui qui, dans le modèle classique (médico-légal), a pris la relève du juge pour appliquer les consignes de la société aliénante. N'est-il pas effectivement un agent de la répression, puisqu'il doit baser sa décision sur la prétendue dangerosité de celui qui est alors l'adversaire ? La meilleure preuve de la collusion des pouvoirs aliénants est que le médecin va utiliser les mêmes procédés que le juge pénal, à savoir : privation de liberté, systématique de l'humiliation (uniforme, interdiction de recevoir des visites, interdiction de toute vie sexuelle, décapitation juridique par la privation de tout pouvoir sur les biens). L'institution psychiatrique est, à l'image de la prison, un milieu pathogène qui gratifie tous les comportements aliénés et aliénants et réprime toute tentative d'affirmation de soi.

²⁴ « The Moral Career of the Mental Patient », *Psychiatry*, XXII, 2, May 1959. Nous le citons dans la traduction de Claudine HERZLICH : « L'hôpital forme un monde clos, coupé de la communauté extérieure, et fonctionne pour la satisfaction de ses habitants. » (*Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, p. 147.)

²⁵ « À l'hôpital donc, l'interné apprend que le moi, loin d'être une forteresse, ressemble plutôt à une petite ville ouverte et il peut se lasser d'avoir à exprimer tantôt la satisfaction, lorsqu'elle est occupée par ses propres troupes, et tantôt du mécontentement lorsqu'elle est tenue par l'ennemi. » (E. GOFFMAN, « La carrière morale du malade mental », in C. HERZLICH, *op. cit.*, p. 148.)

²⁶ « La certitude vite acquise que la folie n'est pas forcément la maladie, la schizophrénie non une déchéance mais un processus, les conduit à remettre en question la famille (comme support de la maladie et représentant de l'aliénation sociale), et le système répressif de l'hôpital psychiatrique comme relais de ces structures aliénantes. » (*Recherche*, III, 25, juillet-août 1972, p. 618.)

Mais en dehors même des groupes anti-psychiatriques,²⁷ il est survenu ce que l'on a convenu d'appeler les « communautés thérapeutiques ». Il s'agit d'un mouvement qui est issu de la critique des institutions, mais qui se déroule toujours dans le cadre des hôpitaux psychiatriques. Il a été illustré en Amérique du Nord par Maxwell Jones au Henderson Hospital de Sutton, après avoir été créé en Grande-Bretagne. Il est fondé sur quelques idées qui, plus ou moins radicalisées, se retrouvent partout, créant une sorte de corps doctrinal assez net.

On peut en retenir deux idées : la notion de culture thérapeutique (qui est le résultat, en positif, de la critique négative de l'institution, née du modèle médico-légal, d'Erving Goffman) et le refus de la hiérarchie. Ces deux thèmes se retrouvent partout.

Il en résulte l'exigence d'une réforme de structure instituant le pouvoir des malades, par la destruction de la hiérarchie hospitalière. Ce pouvoir s'exprime par l'organisation quasi constante de réunions de groupes. Cela dans le double but d'arriver à l'expression spontanée et à la direction, par le groupe, de l'institution, donc du pouvoir soignant toujours situé dans l'institution.

Il était utile pour nous de mentionner ce courant d'idées, afin de dissiper toute équivoque. Deux excellents livres firent connaître au public français, les expériences qui se rattachent plus ou moins aux communautés thérapeutiques. Il s'agit du livre de André LÉVY, *Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique*²⁸ et de la thèse très connue du Dr. DESSUANT, *La Communauté thérapeutique*.²⁹ Ce mouvement assume la transition vers l'anti-psychiatrie. Il ne propose pas une réorganisation des réseaux de soins, sur un plan véritablement communautaire. Il est toujours centré sur l'institution.

La pensée du mouvement psychiatrique au Québec, si elle a fait appel ici ou là à ces méthodes, est autre. La notion de psychiatrie communautaire, qui dès 1962 est entrée dans les habitudes de pensée, ne veut pas dire appel exclusif ou même prévalant aux méthodes des communautés thérapeutiques : celles-ci limiteraient la réforme à des conceptions intra-institutionnelles.

Le refus de privilégier ces méthodes (en les laissant structurer le réseau de soins) tient à deux raisons :

— il s'agit d'une méthode thérapeutique et le législateur n'a pas à

²⁷ Dont la caractéristique est de passer de la négation de tout pouvoir à la négation même de la maladie mentale : « La schizophrénie est un processus normal de guérison que le diagnostic et le traitement empêchent d'arriver à son terme. » (LAING et COOPER, cité par Philippe PAUMELLE, *op. cit.*, ch. I, 1^{ère} conf., p. 3.)

²⁸ Paris, Épi, 1969.

²⁹ Thèse en médecine, Grenoble, 1969.

connaître directement les questions de techniques médicales, pour les recommander ou les proscrire ;

— elle ne prend pas en compte une notion de politique de santé qui soit globale.

Cette politique doit unir les activités de dépistage et de traitement, sans négliger aucune zone d'action sur le milieu. Elle ne peut donc se polariser sur un lieu ou un autre.

Le réseau de santé ne comprend pas que l'hôpital, qui n'est qu'un lieu géographique de soins parmi les autres. On remarquera que dans le système souhaité, dès 1961, par la Commission BÉDARD, LAZURE, ROBERTS au Québec et repris, en 1969, par la Commission CASTONGUAY-NEPVEU, l'accent n'est pas mis sur l'hôpital, mais sur la politique communautaire de santé, « conçue comme un complexe de services intégrés et adaptés aux besoins d'une population déterminée ». Ce qui donne à l'organe régional de santé « la responsabilité d'organiser un réseau complet de soins : prévention, diagnostic, traitement et réadaptation, tant pour les troubles mentaux qu'organiques. » (Rapport CASTONGUAY-NEPVEU, V, 14 et V, 16.) Il ne s'agit donc pas pour le Centre communautaire (l'hôpital ancien, si l'on veut) de dispenser les soins de première ligne, mais seulement d'une partie (V, 15) car il est surtout chargé de dispenser des soins spécialisés (tant sur le plan organique que mental) et de servir de soutien aux équipes qui ont les tâches de première ligne (V, 17, V, 23). On opposera cette conception à celle du VI^e plan de développement économique et social, en France (1971-1975, p. 307), qui conduit « à centrer sur l'hôpital l'ensemble des activités sanitaires »³⁰ en lui confiant les tâches de première ligne aussi bien que les soins spécialisés et ultra-spécialisés. Cela éloigne des communautés de base et risque de recréer l'institution autoritaire, « l'asile » du passé. Il ne s'agit pas, en effet, de relier des institutions (consultations, hôpital), qui chacune vive sur elle-même, comme l'hôpital de jadis, mais d'établir une continuité de soins par un éventail aussi large que possible de moyens de traitement. Si l'activité de groupe risque de centrer sur un lieu l'activité thérapeutique, et par là se tourne sur elle-même, elle brise la notion de réseau de soins, de politique globale de la santé.

En outre, au plan de la thérapeutique, la méthode des communautés thérapeutiques ne s'est pas révélée sans danger. Ces dangers portent sur l'abus de l'autoritarisme du groupe. Notons également l'impossibilité pour l'autorité légale d'accepter la suppression complète de toute hiérarchie, la suppression de la distinction soignant-soignés, qu'implique l'option « démocratique » fusionnelle. Il s'agit en effet d'une atteinte à la dignité des personnes que le législateur ne peut tolérer. Deux résultats paraissent assez constants pour fonder ces réserves :

³⁰ M. LAHARI, « La réforme hospitalière », *Revue de Droit public*, 1972, p. 15.

1) Les communautés sont imprégnées d'une violence sectaire, d'un esprit qui a créé une véritable terreur idéologique.³¹ Les médecins en livrant à eux-mêmes ces groupes de malades (le médecin n'y est que pour écouter, pour apprendre), provoquent la naissance d'une activité normative non contrôlée. Le groupe engendre ses propres règles, il définit lui-même les comportements qu'il approuve ou réprime. Il détermine qui doit être agréé, qui doit être rejeté ou refusé.³²

Ainsi, sans qu'il le sache, le groupe devient source normative, source de droit. Mais ce droit est d'une rigidité et d'une force contraignante jamais atteintes. Cela pour deux raisons évidentes :

— la source est immédiatement proche du sujet auquel on applique la règle. Celui-ci ne possède aucun recul, aucun espace de sécurité entre lui et l'organe d'émission de la règle. Il est atteint de plein fouet. De même qu'on a noté qu'il doit exister un « espace vital » au sens géographique (territoire) et un « espace social » nécessaire entre un individu et les autres, on devrait aussi remarquer qu'un des composants de cet espace social est l'éloignement par rapport à la source d'impérativité du commandement. Le sujet est d'autant plus atteint par l'ordre que la source est proche de lui. L'expérience juridique avait consisté à interposer des surfaces de protection, des espaces et du temps. Nier le droit conduit les psychiatres à d'étranges régressions.

— cette source normative provient d'une activité en deçà de la pensée rationnelle, tout le magma informel d'où elle provient est encore comme tout chaud dans l'injonction adressée au sujet. Celui-ci est d'autant plus réceptif que, s'il a participé à l'activité du groupe, il est lui-même fragilisé. Il perçoit l'affleurement de toutes les motivations non formulées, qui saturent l'ordre qui lui est adressé. Il n'est plus en situation de pouvoir se retrancher derrière les artifices logiques du discours. En même temps que le pouvoir agressif de l'ordre l'atteint, alors qu'il est fragilisé, il en ressent la richesse inconsciente presque palpable.

2) En ne reconnaissant rien de valable dans l'attitude médicale passée,³³ les psychiatres vont constituer des groupes, qui ne font que rejeter dans

³¹ « Le fait qui nous parut le plus saillant lors de notre visite, était la conception « totalitaire » du groupe. Chacun des patients était soumis, 24 heures sur 24, à la pression tyrannique du groupe ; chacun était observé jour et nuit, et s'il lui était loisible de faire des remarques à tout moment sur n'importe qui, la réciprocité était vraie et ses affaires les plus intimes devenaient automatiquement la chose du groupe. » (ELLENBERGER, *op. cit.*, p. 11.)

³² « Ces discussions sont suivies de votes, non pour exprimer des vœux platoniques, mais pour des décisions immédiatement exécutoires. » (*Id.*, p. 8.)

³³ « Utilisant systématiquement les institutions légales, les détournant de leurs habitudes, les tournant en dérision après avoir constitué des commissions d'enquêtes sur leurs carences, ils ont su constituer dans certaines villes, et au sein d'une fraction importante du corps médical, tout un courant de critique de la médecine traditionnelle. » (« Les communautés anti-psychiatriques », *Recherche, loc. cit.*, p. 616.)

d'immenses dépotoirs ceux qui ne peuvent accepter ces petites communautés ou qui ne peuvent y subsister.

Paradoxalement, là où les communautés thérapeutiques, du type de celles au moins tolérées par l'anti-psychiatrie, ont été établies, on assiste à une dégradation encore plus étendue du système asilaire. Ne voit-on pas les psychiatres qui ont quitté les asiles, s'installer dans la situation la plus confortable, celle du médecin privé à clientèle réduite, mais fort bien dotée financièrement. Ainsi, ils ne sont pas complices du système médico-légal qu'ils réprouvent, mais à l'autre bout les grands malades, pauvres ou socialement déçus, sont encore plus que jamais livrés à l'univers asilaire, encore plus dépourvu de toute capacité soignante depuis le départ des médecins parfois les meilleurs.

C'est pourquoi, si à la fin de 1969 on pouvait constater, en dressant une carte de la psychiatrie,³⁴ le quasi triomphe, dans l'ordre doctrinal, des doctrines anti-psychiatriques et le désordre créé par les communautés thérapeutiques « radicales » dans les institutions (et par là dans tout le réseau de santé), on pouvait aussi noter que la situation réelle des malades hospitalisés s'était dans l'ensemble considérablement dégradée.

Cette situation appelait une réaction parmi les médecins. Nous constatons, en effet, au cours de l'hiver 1969, que les meilleurs d'entre eux, au Québec comme en France, retournaient, sans ambition excessive, à un travail de structuration d'un schéma global de la psychiatrie. C'est ainsi que s'élabora le troisième modèle : le modèle communautaire modéré.

III. LE MODÈLE COMMUNAUTAIRE MODÉRÉ

Notre titre peut surprendre, mais il est très directement inspiré par l'impression à la fois de puissance et de prudence, dans la réalisation de la conception communautaire tracée au Québec par le Dr. Bédard,³⁵ puis étendue par le Ministre Claude Castonguay à tous les domaines de la santé.

³⁴ « Il existe aujourd'hui plus de deux cents « *Free Clinics* » aux États-Unis (à noter qu'il passe environ 3,000 patients par an dans chacune des « *Free Clinics* » des U.S.A.) ; en Angleterre, le célèbre mouvement antipsychiatrique animé par R. Laing et D. Cooper (tous deux psychiatres) a tenté de créer un réseau communautaire à caractère marginal ; les Pays-Bas ont vu s'ouvrir depuis peu de semblables lieux ; de même à Bruxelles. En Allemagne de l'Ouest, les étudiants malades de la clinique psychiatrique de Heidelberg forment en février 1970 un « collectif » et exigent un médecin qui ait une pratique marxiste et dialectique pour « guérir leur souffrance ». La France elle-même n'échappe pas à cette tendance, qui a conduit à plusieurs reprises des groupes militants, en particulier depuis 1968, à tenter de créer des dispensaires ou des lieux communautaires de soins. » (*Id.*, p. 613.)

³⁵ « La psychiatrie au Québec », textes rassemblés et présentés par Jacques LEBEUF, *L'information Psychiatrique*, 4, avril 1967. (Numéro spécial.)

L'échec des institutions asilaires vigoureusement décrit par Goffman, puis par l'anti-psychiatrie, n'implique, en vérité, que celui du système de fait qui s'est créé par suite de l'hérésie fondamentale du modèle médico-légal. Celui-ci prétend réaliser tout un programme, qui n'a pas pour fondement de prévoir et de traiter, mais de protéger la société contre un danger. Les institutions qui sont alors créées pour réaliser ce but ne peuvent qu'aboutir à une déformation de la fonction médicale. Mais par là aussi elles cessent de correspondre à la demande de leurs utilisateurs : les malades.

Ce dont il s'agit, dans ces jours qui suivent la critique de l'anti-psychiatrie, est de ne pas reconstruire le système classique comme on n'aurait que trop tendance à le faire, dans une atmosphère de réaction légitime. Il s'agit de rencontrer des courants nouveaux, qui manifestent un retour aux idées claires et dépouillées de toute ambiguïté. Pour cela il faut affirmer la valeur de la fonction médicale, dans son caractère original et définitif. Elle rencontre naturellement la dignité de l'homme malade, son besoin de soins, son droit à être soigné, sa demande qui s'exprime à travers la communauté où il souffre et qui souffre par lui.

La seule tâche du législateur est donc d'établir le fondement de la charte du malade, son droit à la santé, son droit d'exiger des soins : à ce droit correspond la fonction de soigner qui doit pouvoir se déployer, pour découvrir et aider tout ce qui constitue l'ensemble de vie de l'homme atteint. Les institutions de traitement ou de prévention ne sauraient être détournées de cette mission, pour soi-disant protéger la société en enfermant les individus prétendus dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.³⁶

Pour que tout le monde soit à sa place, il suffit de s'en tenir à l'idée que l'homme malade, ou qui craint de le devenir, possède un droit à la santé, dont il résulte un pouvoir dont il est dépositaire. Ce pouvoir doit s'exercer à partir de et pour les communautés de base où vit l'individu.

Parler des droits aux soins en matière de malades mentaux est innover beaucoup plus que le lecteur, non familier avec ces problèmes, peut l'imaginer. Il suffit d'en déduire quelques conséquences immédiates pour que l'on prenne conscience du changement des structures qui vont s'imposer. En effet, on réalise mal ce que cela signifie de dire que le malade va être reconnu détenteur d'un pouvoir. Cette notion de pouvoir attribué à celui qui est le plus démuné des hommes va devenir bouleversante pour nos habitudes de penser. Pour en juger, traçons les conséquences les plus immédiates de cette idée, en notre matière :

³⁶ Traditionnalistes et anti-psychiatres commettent la même erreur ; il ne s'agit pas d'un conflit du malade et de la société, mais d'un appel à reconnaître, à discerner la plainte du malade alors que justement son trouble lui empêche de trouver les formules pour l'exprimer, que la société reconnaîtrait légitimes.

1) Le malade mental, au nom de ce pouvoir, requiert un service, comme tout utilisateur d'un service public. C'est lui qui est demandeur et non plus la société. Le médecin traitant intervient, parce que choisi par le malade, ou désigné en raison de l'urgence, mais il est un médecin investi de la fonction de soins, non plus l'auxiliaire de la justice ou de la police. Ce qui ne veut pas dire qu'on estime comme un principe sans lacune le libre choix du médecin, car la liberté n'était que théorique dans le cadre hospitalier traditionnel.³⁷

2) La rencontre du malade avec le médecin ou l'institution de soins est de type égalitaire. Elle est, en général, créatrice d'un contrat : le contrat de soins. Les obligations sont dès lors réciproques, elles sont codifiées dans le droit des contrats. Ainsi le droit aux soins apparaît comme prenant sa source dans la loi, mais se reliant à une structure sous-jacente, qui s'exprime par des prestations réciproques.

3) Le malade mental possède le pouvoir de requérir les services adaptés à son besoin de soins. On sait que la qualité des soins requise ici est celle d'un traitement en médecine globale. C'est-à-dire que la médecine de l'esprit s'adresse au malade avec toutes ses implications sociales. On dit de façon malheureuse que cela implique « une prise en charge » spéciale du malade ; il ne s'agit pas de le prendre en charge ; le malade doit demeurer responsable de son destin. Il est majeur, non un mineur qu'on maintient ou installe en état de dépendance d'une institution opérante. Cela signifie seulement que la pathologie, que dénonce l'affection dont est atteint le malade, est liée à celle du milieu auquel le malade appartient. Il s'agit de chercher à atteindre ce qui est le foyer pathogène réel pour ce malade, et pas seulement d'agir sur le syndrome. C'est ainsi qu'on répond à sa demande de soins. Mais cette réponse doit être recherchée, sous peine d'inefficacité du traitement.

4) La maladie mentale n'est pas un empêchement de vivre ni une limitation de la vie, mais une transformation de celle-ci. La parabole vitale de ce type de malade se déroule selon un rythme, une ampleur et une durée très variable, et le plus souvent très lente. Elle connaît des périodes d'aggravation suivies de très belles et longues rémissions. Ce n'est le plus souvent que fort tardivement, et dans les cas les plus sombres, qu'il en résulte directement une modification globale des comportements dont certains restent, jusqu'au seuil de la nuit, convenablement ajustés aux situations. L'institution de soins ne peut demeurer figée dans une attente,

³⁷ « Il ne manque pas de malades qui, de rechutes en rechutes, vont faire tous les services d'un hôpital. » (HOCHMANN, *loc. cit.*, p. 223.)

dans une systématique de réponse à la sollicitation de soins, qui dépend d'une définition extérieure à l'analyse et à l'évolution de l'affection par le médecin traitant.

Il en résulte que le malade, lorsqu'il exige des soins, doit trouver une réponse qui porte sur quatre points :

— éviter au malade de se sentir rejeté, sans cela on le replonge dans l'univers pathologique qu'exprime « sa maladie ». Le lieu de soins doit donc être non pas un îlot soumis à la loi du grand enfermement ou de retour au despotisme du père de famille, mais, au contraire, un lieu où le malade puisse reconstruire ses appartenances, être disponible pour une relation profonde et durable avec l'équipe thérapeutique et le milieu « de retour ».

— remplacer dans l'organigramme des soins en psychiatrie la notion d'institution, dont on a vu le caractère aliénant, par celle de communauté de base. On a dit que la maladie mentale dénonçait l'existence d'un foyer pathogène, comme l'a bien vu l'anti-psychiatrie. On ne peut traiter quelqu'un qui est déjà victime d'un milieu pathogène en le plongeant dans une société encore plus exigeante. Or, l'on sait depuis longtemps déjà, bien avant la critique radicale des institutions asilaires, que le droit communautaire recrée les appartenances sans dissoudre la personnalité. Il faut donc découvrir à nouveau la valeur des travaux des grands philosophes du droit que furent HAURIU, DELOS, RENARD qui surent montrer la différence entre bureaucratie aliénante et communauté de base, créatrice de pouvoirs pour l'individu. Nous avons vu que la notion de communauté de base et celle de « communautés thérapeutiques » ne se confondent pas. Ainsi du modèle médico-légal, le nouveau modèle ne va rien laisser subsister, car celui-ci tendait au contraire à isoler le malade en le dépossédant de ses droits. Au contraire, il s'agira de trouver le moyen de lui donner le pouvoir d'exercer ses droits, de retrouver le langage de la relation juridique dynamisante et intégrante avec le milieu. Pour cela il faut lui permettre de reconstituer un univers mental et social, qui le dégage de trop lourdes et trop étroites servitudes de la correspondance au milieu devenu anémique pour lui.

— reconnaître l'expérience extraordinaire vécue par le malade mental, et l'impossibilité de la société actuelle d'en prendre conscience, comme de saisir la portée de ses moyens d'expression. C'est pourquoi la loi doit prévoir la suppléance du malade dans l'exercice de ses droits, du droit aux soins comme d'autres droits, selon les circonstances. Il ne s'agit plus d'affirmer que c'est dans « son bien » que l'individu va être enfermé, alors que l'on y procéderait par souci de l'empêcher de perturber la société.

Depuis les aberrations vécues au milieu de ce siècle, nul ne peut plus ignorer que l'affirmation de la coïncidence systématique de l'intérêt public et de l'intérêt privé n'est qu'une affirmation gratuite.

Dans la situation actuelle de la société, par suite de son incompréhension de la maladie mentale, l'État doit suppléer l'individu dans certains cas, dans l'exercice de ses droits, c'est-à-dire que si le médecin estime que le malade est incapable, par suite de la contrainte sociale, d'exercer certains de ses droits, il y a lieu de le relayer ; mais c'est alors uniquement par le mécanisme de ce que les juristes appellent une subrogation.

De ce qui précède, nous concluons que le médecin qui effectivement soigne le malade, soit qu'il ait été choisi par lui, soit qu'en raison plus généralement de sa disponibilité il soit appelé à intervenir, ce médecin, avec son équipe, exerce à la place du malade (par un mandat que lui délivre la loi) le droit aux soins qui demeure la « propriété » du malade. Ce droit s'exerce par exemple à l'égard de l'institution soignante qui doit recevoir le malade et lui dispenser les soins qu'il était en droit de réclamer. Mais il s'exerce aussi à l'égard des structures sociales où le malade est impliqué (famille, entreprise, immeuble).

Or, une subrogation est limitée dans le temps et elle est limitée à l'exercice du droit pour lequel elle est établie. Ainsi le pouvoir du médecin se limite à exiger l'hospitalisation si la situation du malade le requiert. Le pouvoir médical se borne à l'aspect de cette activité prise comme acte soignant. Le médecin n'est pas un « certificateur » ; il intervient dans une activité de soins. Il advient que le malade doit retrouver un autre milieu. Le médecin prend à sa place et pour un temps cette disposition. Il en assume la responsabilité avec son équipe de soins, mais comme une responsabilité médicale ; il n'agit pas en agent du pouvoir judiciaire ou de police.

— ces trois premiers caractères de la réponse légale à la sollicitation des soins marquent la nature absolument autonome du traitement du malade à l'égard des peines privatives de liberté comme des mesures de défense sociale.

C'est pourquoi, en particulier, nous nous sommes opposés et nous nous opposerons toujours à ce qu'un même texte mélange les dispositions légales relatives aux malades mentaux et celles concernant les délinquants qui deviennent malades mentaux au cours de leur détention. Ces derniers sont, en effet, des malades, mais ils sont aussi des individus qui sont soumis à une privation de liberté dont le fondement, qui n'a rien de thérapeutique (qu'on le veuille ou non), ne réside, dans le système de répression actuel, que dans l'exercice du droit de la société à se défendre contre ceux qui

l'attaquent. Le malade mental est dans une situation toute autre ; c'est un malade qui comme tout autre malade prétend exercer son droit à la santé.

De même nous nous sommes opposés à ce qu'on établisse une relation quelconque entre, non seulement le traitement hospitalier et la déclaration d'incapacité à gérer les biens,³⁸ mais aussi à tout transfert de droit du malade au bénéfice d'un organisme public quelconque, telle la curatelle publique, en droit québécois.

IV. LE SYSTÈME DE CONTRÔLE

Le résultat de nos investigations, sur le double plan de la problématique juridique et de la doctrine psychiatrique, nous conduisait à envisager la construction d'un modèle juridique qui, s'il devait être complexe, devait aussi être rigoureusement fidèle aux choix théoriques. L'histoire prouvait suffisamment que le sujet ne se prêtait pas aux solutions législatives lâches et empiriques, qui ont pour résultat d'aliéner les individus aux institutions. Le droit devait épouser étroitement la pensée médicale.

Il fallait au législateur instaurer un système de contrôle, s'il avait la volonté de saisir un ensemble pour éviter l'intrusion de l'esprit bureaucratique. Il en résultait, qu'à l'inverse du droit classique qui prétendait ignorer, comme étant de simples techniques, la médecine et les sciences de l'homme, le droit nouveau devait organiser une séquence d'intervention sur des plans multiples, à partir des données de ces disciplines. Dès lors, il fallait aussi créer un contrôle qui accepte d'intervenir à ces niveaux et en soit capable.

Cela veut dire que le modèle à construire devrait insérer une série de sous-modèles, constitués par des solutions techniques relevant chacune d'une discipline particulière. C'est au niveau des sous-modèles que tout doit être souple et enveloppant, pour offrir un choix opérationnel très grand au spécialiste, mais cela sans que les solutions proposées cessent d'être précises en elles-mêmes, connues et par là contrôlables. Il ne s'agit pas de donner au médecin la possibilité de décisions arbitraires, mais de lui offrir un choix de sous-modèles, variés mais précis, qui lui suffisent pour qu'il soit libre.

³⁸ Le projet de loi de New York adopte cette distinction. Il affirme le caractère bref et souvent partiel de l'incapacité avec le droit pour un patient à un « débat » (art. 31-09, 33-09, 33-11 33-13). La loi française du 3 janvier 1968 (n° 68-5) a, dans le domaine restreint de la protection des biens des incapables majeurs, utilisé le même principe. (J. MASSIP, « La réforme du droit des incapables majeurs », *Répertoire du Notariat*, Paris, 1969, p. 58-59, commente l'art. 490-1 de la loi du 3 janvier 1968 sans retenir le droit pour le malade à un débat, mais à un recours judiciaire.)

En contre-partie de cette liberté reconnue à l'activité soignante ou prescriptive, on doit pouvoir interroger, sur la valeur et l'opportunité de ceux-ci, une autorité compétente pour en apprécier. Le contrôle va dès lors s'exercer au niveau des sous-modèles.

S'il faut prendre des communautés thérapeutiques et même de l'anti-psychiatrie le souci de la souplesse, de la plasticité, la volonté de créer un milieu thérapeutique, il faut aussi retirer du modèle médico-légal l'intelligence du doute que tout citoyen doit pouvoir porter sur les méthodes, les activités thérapeutiques dont il est bénéficiaire. Le milieu thérapeutique souhaité par l'anti-psychiatrie ne peut être créé artificiellement ; nous ne connaissons pas de solution infaillible, qui soit exempte en particulier du risque d'atteinte à la dignité individuelle. Le doute certes ne doit plus pouvoir s'exprimer de façon abstraite et destructive pour la présence médicale, mais il doit être retenu.

Il faut affirmer qu'il s'agit d'apprécier une solution donnée à un problème de santé, dans le cadre où est né ce problème, où il sera traité par un dispositif de soin qui se réfère à des directives connues. Ceci pour limiter et dessiner, le plus exactement possible, les plages d'arbitraire, qui peuvent et doivent subsister et dont témoignent les psychiatres américains, qui vont jusqu'à proposer de créer des « avocats des patients ».³⁹

Le juge dans le modèle médico-légal, présumé compétent pour tout apprécier, faisait en vérité appel à un médecin pour juger un autre médecin, car il ne pouvait s'appuyer sur aucun moyen d'appréciation de l'activité de soins. Dès lors le système ne mettait nullement à l'abri, nous l'avons vu, des erreurs et de l'arbitraire médical. Il n'en résultait que la paralysie de l'esprit de créativité, car les experts étaient trop souvent des « retraités » de la science.

Nous voulons substituer à ce contrôle à la fois théorique et tatillon, celui effectué par une autorité scientifique et humaine qualifiée, à laquelle il sera demandé exclusivement d'apprécier la correspondance des prestations reçues avec la demande de soins. Les sous-modèles présentant aux organes

³⁹ « L'introduction au niveau de la consultation d'un personnage du type tout à fait nouveau, « l'avocat du patient », souligne l'importance qu'attachent les mouvements communautaires américains à la critique du statut traditionnel des médecins. C'est cet « avocat » que le demandeur rencontre tout d'abord en prenant le temps de lui exposer toutes les données du problème. C'est ensuite l'avocat qui présente le consultant au médecin ; il assiste souvent à l'entretien pour vérifier que le médecin prend bien en considération tous les désirs du patient. De telle sorte qu'on a pu voir des « avocats » mettre en question des médecins : parce qu'ils avaient prescrit des examens de laboratoire trop coûteux et inutiles pour le patient ; ou encore parce que telle série de consultations devait être gratuite, ou parce qu'un médecin avait négligé les aspects sociaux et psychologiques d'une maladie. » (*Recherche, I.c.*, p. 615.)

de soins une série très souple de possibilités, il s'agira pour l'autorité de santé d'apprécier l'utilisation qui en est faite.⁴⁰

L'étendue du contrôle est précisée par la loi :

1) Il devra s'étendre à toute l'activité de soins et non pas seulement à la seule décision d'hospitalisation forcée, à laquelle on réduit le plus souvent le contrôle médico-légal. La peur des internements arbitraires ou abusifs a induit une attitude, qui pour poursuivre un risque quelque peu chimérique, laisse sans protection le malade mal soigné, abandonné, voire même l'objet de sévices. Il s'agit d'instaurer un contrôle de toute l'activité de soins, par une autorité véritablement compétente et spécialisée à cet effet.⁴¹

2) Ce contrôle doit être facile d'accès pour le plaignant, qui est en somme un malade handicapé pour s'exprimer et dont la famille très souvent peut s'être désintéressée ou ne plus exister.

L'existence de ce contrôle ne prive jamais le malade de la possibilité d'utiliser les recours du droit commun, tels que la demande d'un bref d'*habeas corpus*.

3) Le contrôle doit s'exercer à l'intérieur de l'équipe de soins. On ne saurait abandonner les auxiliaires médicaux et le service de soins infirmiers

⁴⁰ Le texte prévoit une « révision » périodique, à date fixe, du cas de chaque malade en traitement. Cette disposition, très contestée par nombre de psychiatres, a pour but de permettre un contrôle de l'efficacité des traitements, en prenant toutes garanties pour assurer une tenue à jour des dossiers. Ceux-ci doivent révéler chacune des dispositions prises. Un des reproches fait aux « communautés thérapeutiques » (ELLENBERGER) réside, en effet, dans l'incapacité où l'on se trouve de suivre l'évolution du cas. Il semble que certains ne sont pas éloignés de penser, nous a-t-il semblé (BARUF) que la sectorisation, en dispersant les interventions, peut légitimer quelques inquiétudes à cet égard. Il est évident que dans l'actuel contexte de suspicion à l'égard des psychiatres, cette disposition peut être mal interprétée par eux.

⁴¹ Le problème du contrôle est posé en France par les cadres administratifs des hôpitaux, pour tous les hôpitaux. Les administrateurs ont pris conscience du vide que constitue la phraséologie habituelle sur « la liberté individuelle de prescription », « le libre choix du médecin », « le colloque singulier ». En réalité, les choix économiques, les interrelations entre le milieu du soigné et des soignants imposent des contrôles de l'activité de soin : « ... les contrôles (financiers, administratifs) vont des magasins aux nécropoles de la comptabilité. Par contre, ce qui constitue l'activité essentielle de l'hôpital, l'acte médical, n'est l'objet d'aucun contrôle. Nous ne demandons pas un contrôle sur les hommes... notre but c'est de réclamer un contrôle dont le but réel soit d'améliorer l'action. Nous disons que l'action thérapeutique doit faire l'objet d'un contrôle par une collégialité médicale, et qu'ainsi on aboutira à la régularisation de l'action médicale. Le médecin doit être responsable devant sa conscience, mais aussi devant la collectivité. » (M. BANDELIER, Secrétaire général des cadres hospitaliers autonomes, recteur général du CHR de St-Étienne, *La Revue hospitalière de France*, 250, avril 1972, p. 666-667.) Le contrôle prévu par nous est un contrôle collégial présidé par le Coordinateur régional de la psychiatrie, psychiatre, assisté d'un « légiste » et d'un représentant de l'Association canadienne de la santé mentale ou de l'Association de défense des droits de l'homme. Ce dernier fait fonction de juge enquêteur. Il s'agit d'une instance de première ligne, très proche de l'expression de l'opinion publique, bien que ce soit une autorité de santé.

à l'esprit absolutiste de certains chefs de service, même s'ils adoptent l'allure de « chefs d'équipe ». L'équipe de soins doit devenir une réalité, si l'on veut obtenir une bonne qualité de soins.

À partir de ces trois considérations nous avons préconisé, développé et consolidé une institution déjà commune au droit américain : le Bureau régional (ou Commission régionale) de révision. Le modèle de cette instance de nature quasi judiciaire est un emprunt à la législation anglaise (loi de 1959). Cette disposition est prévue déjà par trois provinces du Canada ; la meilleure réalisation est en Ontario (*Mental Hospital Act*, 1960, révisé en 1967). Le Bureau siège en général à l'hôpital et n'exige pas de déplacement du malade, qui peut appeler devant lui de toute décision le concernant.

Pour notre part, nous avons prévu, afin d'assurer une meilleure garantie au malade et pour éviter toute ambiguïté, que la Commission de révision soit régionale, donc proche du malade sans mettre l'accent sur l'hôpital. Cette institution permet : 1) au malade d'exprimer ses raisons de contester les dispositions (hospitalières ou non) prises à son égard ; 2) au plan de la coordination régionale, d'assurer la présence du contrôle communautaire qui est susceptible d'être détourné à d'autres fins (plus ou moins légitimes) par les organismes institutionnels.

Cette instance quasi judiciaire enquête, à la demande de tout intéressé, sur les conditions d'observation et de traitement des malades mentaux internés ou non. La décision est collégiale et ne fait nullement obstacle aux recours traditionnels (demande de bref d'*habeas corpus*).

Un autre organisme : le Comité scientifique régional a été prévu par le projet de loi. Cette instance est une création sans précédent, son objectif est de permettre essentiellement aux membres des équipes interdisciplinaires de pouvoir s'adresser, au plan régional, à une autorité scientifique de haut niveau. Celle-ci est chargée de veiller à la réalisation concrète du plan communautaire sur un point précis, à savoir : réaliser une intégration effective des différentes méthodes des sciences humaines, et non seulement médicales, pour une meilleure efficacité en prophylaxie et traitement. De nombreuses difficultés demeurent en effet sur ce point. Il faut qu'un organisme très proche des traitants étudie, à leur demande, les problèmes internes des équipes. La décision n'a valeur que de directive ou de conseil, en matière de relation et d'organisation de travail. Les différences de niveau social entre le médecin spécialiste et les autres membres de l'équipe rendent parfois trop théorique la réalisation des visées interdisciplinaires du plan. En fait, on en est trop souvent encore à une vision autocratique de la relation entre médecins et membres de l'équipe.

Il s'agit pour ces deux organes (Commission de révision, Comité scientifique) de contrôler mais surtout d'animer les réseaux de soins dans le cadre de l'option théorique choisie par le législateur.

V. LE SOUS-MODÈLE D'ORGANISATION DU RÉSEAU DE SANTÉ EN HYGIÈNE MENTALE

Le législateur a opté pour ce qu'on est convenu d'appeler la psychiatrie de secteur, cela évidemment dans le cadre d'ensemble qui est celui de l'option fondamentale : celle de la psychiatrie communautaire.⁴² Il est bon de préciser deux points :

1) La sectorisation est, pour nous, une notion d'ordre géographique (quadrillage d'un territoire) et non sociologique.⁴³ Jusqu'à présent on n'a guère défini le secteur à partir d'analyses sociologiques sûres, mais par rapport à des situations géographiques préexistantes, tel le quartier ou l'arrondissement. Ces définitions se sont révélées souvent correspondre à des réalités sociales mal discernables par elles-mêmes.

2) La sectorisation n'est préconisée par nous que comme un moyen de déchiffrement des données de base à interpréter. C'est-à-dire que ce choix n'exprime que la volonté d'utiliser les moyens déjà expérimentés pour réaliser la sectorisation. Ce sont les équipes de secteur qui assurent le dépistage et la continuité des soins, en collant le mieux possible au milieu de base.

Ainsi les équipes de secteur, dans une deuxième phase de l'élaboration législative, permettront de reconnaître et d'organiser les communautés qui sont porteuses de fins thérapeutiques. Peut-être même seront-elles susceptibles de créer de véritables communautés, en aidant celles-ci à se reconnaître comme telles. Le recours à la doctrine de sectorisation ne représente qu'un moyen pour instaurer des conditions qui ouvrent la possibilité d'utiliser les communautés de base comme principale source d'éléments thérapeutiques. L'existence de ces communautés de base cessera alors d'être

⁴² « La tendance actuelle vers le traitement communautaire de la schizophrénie s'accroîtra lorsque seront développés les centres de santé mentale et d'autres alternatives communautaires à l'hospitalisation. » (*Special Report. Schizophrenia. Problems and the future*, U.S. Department of Health, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, 1971, p. 33.) Il s'agit là d'une vision qui dépasse ce que beaucoup pensent du rôle de la psychiatrie communautaire qui pour eux demeure chargée de reconnaître et traiter les « petits mentaux », l'hôpital étant un lieu asilaire qui demeure réservé aux grandes psychoses, dont la schizophrénie.

⁴³ Roger GRÉGOIRE, conseiller d'État, écrit : « Un secteur se définit à la fois par le volume de la population desservie, par l'ampleur des moyens réunis et par le degré de concentration de ces moyens. » (« Pour une réforme hospitalière », *Documentation française*, p. 30.)

assez mythique. Une doctrine nouvelle — le véritable modèle communautaire — va seulement à ce moment pouvoir être proposée au législateur.⁴⁴

Si la sectorisation, idée originale et féconde aux environs de 1960, est une étape désormais franchie, elle ne doit pas l'être aux dépens d'autres réalisations et surtout de l'élaboration d'une doctrine véritablement communautaire modérée, qui est à faire.

En attendant, la loi ne détruit pas les grands hôpitaux psychiatriques ; nous avons préconisé de les conserver. Ils représentent un service qui à l'heure actuelle demeure essentiel.⁴⁵ Ce qui n'empêche pas de modifier totalement leurs structures internes et leurs liens avec l'ensemble des organismes de santé.

Rien là de révolutionnaire, il s'agit pour l'instant d'une double entre-prise :

1) incorporer chaque élément hospitalier et d'hygiène mentale à l'unité de secteur ;

2) établir des autonomies médicales et administratives à l'intérieur de l'hôpital, dans le cadre des services communs de gestion.

Ce n'est que lorsque ces unités autonomes, chacune rattachée à un secteur, auront découvert leurs aptitudes à assumer leurs responsabilités diversifiées, que l'on pourra être sûr de la rupture avec les traditions bureaucratiques. Celles-ci ont trop gêné la relation soignant-soigné pour qu'on ne soit pas attentif à la création d'éventuelles bureaucraties sectorielles.⁴⁶

⁴⁴ Nous sommes d'accord avec Jacques HOCHMANN lorsqu'il écrit : « En fait le secteur est avant tout un instrument, il n'est pas une fin. La psychiatrie de communauté représente une étape technique dans l'évolution de la psychiatrie (étape qui sera peut-être vite franchie et qui peut déboucher sur un dépérissement de la psychiatrie elle-même). Si on évite de faire du « secteur » ou de la « communauté » un objet idéal, si l'on y voit plus modestement un moyen (entre les autres) de soigner les malades mentaux ou certains malades, alors bien des critiques tombent. » (*Op. cit.*, p. 226.) Mais pour nous la doctrine sectorielle, si elle ne sépare pas le dépistage, le traitement et l'observation des cadres sociologiques, peut nous permettre en outre de mieux déchiffrer les niveaux d'interrelations constitutifs de ce que cet auteur appelle des « ensembles dont les sociologues connaissent encore peu de choses » (p. 24).

⁴⁵ Il s'agit de comprendre que dans un système de santé, il n'y a que peu d'urgence car l'urgence en psychiatrie est « le passage à l'acte » du malade mental ; or le dépistage n'est pas une prévention de la maladie mentale (encore impossible) mais une prévention du passage à l'acte. « C'est-à-dire que si le réseau de soins est une réalité de la vie sociale de la communauté, la personne qui se perçoit en situation critique dans le milieu, va venir consulter. Si l'hospitalisation a lieu, elle est action de prévention du « passage à l'acte » et non plus répression de celui-ci comme dans le modèle médico-légal. » (Cf. Ph. PAUMELLE, ch. III, 6^e conf., p. 3.) Mais il n'en reste pas moins qu'en attendant on doit assurer aussi des possibilités d'hospitaliser le malade qui est passé à l'acte et qui donc est l'objet de la réprobation du milieu qui le rejette.

⁴⁶ « Et de fait, nous l'avons à plusieurs reprises laissé entendre, l'équipe de secteur risque de reconstruire hors de l'asile, une institution totalitaire du type asilaire. » (J. HOCHMANN, *op. cit.*, p. 222.)

La balkanisation des structures que représente la sectorisation entre les mains de certains, est le meilleur moyen de retrouver la bureaucratie. Les interminables conciliabules ne représentent pas nécessairement un progrès dans l'organisation des soins.⁴⁷ Il s'agit de définir au contraire, de purifier les attitudes soignantes, d'opérer des réévaluations périodiques, sans que cela remette perpétuellement en question les plans de travail.

Le médecin doit rester présent à l'hôpital, s'il anime tout un collectif. La décision d'hospitalisation, lourde de conséquences sociales, implique intensité de soins. Ce qui veut dire que la sectorisation ne doit pas être un alibi pour justifier l'abandon médical de l'hôpital, qui serait consacré aux « chroniques » et aux « dangereux ».

Le législateur n'a pas cru devoir aller au delà dans le détail de l'organisation des structures de soins. La régionalisation très poussée, la reconnaissance des pouvoirs des communautés locales, les organes de contrôle insérés dans les lieux de soins non extérieurs aux problèmes réels des thérapeutes et à ceux des malades, ne rend plus nécessaire une réglementation tatillonne. Au contraire, le système présuppose une grande largeur de pouvoirs décisionnels. Le contrôle ne doit survenir qu'après, et le plus souvent pour inciter et non pour sanctionner. Ce qui est fait est fait, ce qui importe est d'en tirer une leçon. Le contrôle exprime surtout la volonté de rendre présent le malade dans l'institution.

La loi énumère des principes et des directives d'ensemble au lieu de prévoir des cas rares. Pour susciter l'élan créateur, la loi, par les sous-modèles, propose des actions thématiques. Le modèle sectoriel en est un, nous allons en décrire d'autres pour la gestion des biens.

VI. LA PROTECTION DES BIENS

À la fin de ce bref exposé d'un rapport qui occupe quatre volumes,⁴⁸ nous aimerions rassembler en quelques notes les solutions que nous avons proposées pour répondre à certains besoins particuliers des malades. Ceux-ci

⁴⁷ C'est à ce niveau que se situent nos craintes à l'égard de l'instauration systématique des « communautés thérapeutiques » que nous avons décrites plus haut.

⁴⁸ On peut noter que la procédure législative en Amérique du Nord permet une meilleure connaissance des projets, en même temps qu'un développement de l'ampleur de ceux-ci. Le projet de loi d'hygiène mentale de l'État de New-York déjà cité, a 209 pages, contre 5 pages pour la loi du Québec, celle déjà plus récente de l'Ontario en a 20. Commencé en 1963, le premier rapport de New-York occupe 5 volumes. Il a été publié en 1965 ; un millier de personnes avaient été entendues. L'Institute of Public Administration a été investi par le Département d'hygiène mentale, en 1965, de la tâche de publier ce rapport ; elle en a distribué 5,000 exemplaires aux juristes utilisateurs de la loi. À partir de ce rapport, en 1969, les juristes du département en faisaient le texte du projet présenté au Sénat.

requièrent parfois, en effet, une modulation de l'exercice de leurs droits. Celle-ci doit correspondre à un degré de présence au monde inscrit dans un espace limité, en particulier par les modalités de leur traitement.

Il s'agit, par exemple, d'adapter les moyens de gestion de leurs droits et de leurs biens à leurs besoins effectifs dans la situation où ils se trouvent placés. Situation qui est exceptionnelle et pour laquelle ils ne sont évidemment pas préparés, pas plus d'ailleurs que leurs proches. La société sévit contre tout ce qui s'écarte des comportements habituels et n'éprouve aucune complaisance à leur égard.

Pour trouver la systématique des réponses, deux idées dominèrent nos choix :

1) Définir un modèle qui s'ajuste aussi exactement que possible à un moment et à une situation précise. Il est, par exemple, des instants où la demande de protection, adressée par le malade aux autorités judiciaires, n'est pas justifiée : l'homme doit assumer la charge de sa condition sociale. Elle n'est aisée pour personne. L'hospitalisation ne doit pas être une ouverture vers un procédé de suicide social : perspective qui se rencontre plus qu'on ne l'imagine. Par contre, il est des hypothèses où une intervention devient nécessaire. Le médecin traitant doit pouvoir observer la survenance de tels troubles. Il s'agit alors d'une partie nouvelle du droit aux soins. Elle complète la demande adressée aux services de santé. De tels épisodes ne doivent susciter que des interventions ponctuelles. Pour avoir une attitude exacte face à ces situations il faut savoir distinguer le cas des grands infirmes mentaux (tels les débiles profonds) de celui des malades mentaux. De même que l'on tend à couvrir de l'étiquette « dangerosité » tout le domaine de la santé mentale, on tend à définir un statut unique d'incapacité pour toutes les affections ou infirmités de l'esprit, même si l'on prétend s'en défendre (les titres, nous l'avons vu, sont significatifs : incapables majeurs, personnes sous la garde de la justice, etc.). Pour éviter ce péril, il faut déterminer la place des infirmes mentaux et se lancer, pour les autres, dans un vaste effort de pédagogie sociale par le droit. Il s'agit pour ce dernier d'ajouter certains éléments au traitement.

2) Le juriste doit contribuer, avec le médecin, à l'effort de discernement de la pathologie sociale que dénonce « la maladie ». ⁴⁹ La notion « d'intégration », si bien explicitée par H. EY en France, éclaire parfaitement

⁴⁹ « C'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du normal biologique un concept de valeurs et non un concept de réalité statistique. La vie pour le médecin, ce n'est pas un objet, c'est une activité polarisée dont la médecine prolonge, en lui apportant la lumière relative mais indispensable de la science humaine, l'effort spontané de déjouer et de lutter contre tout ce qui est valeur négative. » (G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966, p. 81).

le sens de notre effort, qui respecte la multiplicité des types d'approche de la pathologie mentale et de sa définition dans sa complexité, qui ne saurait être réduite aux causes « psychiques » ou à une « sociogénèse ». Nous devons laisser au psychiatre la possibilité de réviser ses options.⁵⁰

Le droit est une des clefs, sinon la principale, qui permet de saisir la nature pathologique ou non des interrelations sociales. Nous avons déjà proposé, dans notre étude sur les services psychiatriques au Canada,⁵¹ la médiation du juridique, mais la pensée anglo-américaine refuse cette médiation, pour en appeler à celle de l'élite universitaire.⁵²

Le droit permet à la fois de saisir le processus de dissociation et les possibilités subsistantes de relations intégrantes au milieu. Le malade conserve longtemps la possibilité de saisir des notions juridiques, qui constituent les structures de la vie sociale. La relation juridique peut être facteur d'adaptation ou, au contraire, peut permettre au technicien d'entreprendre une démarche pédagogique. Celle-ci tend à assurer la reprise en main par l'individu de son autonomie, en même temps que de son intégration. Cet aspect du traitement ne doit plus être confié au médecin qui, en fait, bien souvent l'assume, faute de trouver personne de désintéressé pour conseiller le malade. Le médecin de l'esprit est plus qu'un confident. Les juristes doivent relayer le médecin à son appel. Ils retrouveront là le sens de leur mission positive (qui n'est pas que la solution des conflits) dont ils se sont départis depuis le 19^e siècle faute d'avoir su l'exercer autrement que par le paternalisme, attitude adoptée aussi par le psychiatre d'asile. C'est en cela que juges, administrateurs et psychiatres ont si bien collaboré, d'une façon régressive, pour constituer le modèle médico-légal que nous avons décrit plus haut.

La loi doit être créatrice d'une participation à la vie sociale et d'une définition nouvelle de la dignité d'être. Certains techniciens doivent s'en servir à cet effet auprès des malades. Ils deviennent un peu les négociateurs sociaux de celui-ci, sans le suppléer mais en intervenant auprès de lui, pour l'accompagner littéralement dans les contacts obligés avec des interlocuteurs qui risquent de l'inférioriser.

⁵⁰ Voir : Henri EX, *Études psychiatriques*, 2^e éd., 1952, p. 80 ; *Manuel de Psychiatrie*, Masson, 1963, p. 579-580.

⁵¹ *Quelques aperçus sur une réforme des services psychiatriques*, Paris, Librairie générale du Droit et de Jurisprudence, 1966, p. 121.

⁵² John KENNETH GALBRAITH, « The educational and scientific estate », in *The Industrial State*, New-York, 1968. En France la pensée de L. BONNAFÉ est très analogue. « Le seul texte législatif s'appliquant pleinement et exclusivement à la maladie mentale et qui ne soit pas anachronique serait la traduction dans les formes juridiques actuelles de la proposition : « La loi du 20 juin 1838 sur les aliénés est abrogée ». » (L. BONNAFÉ, XI, 1963, p. 4.)

Or tout le problème est de ne pas reconstituer le modèle médico-légal, à travers la systématique nouvelle issue de la pensée communautaire.

La tentation est fort grande lorsqu'il s'agit de relayer le malade dans l'exercice de ses droits. Il est évident que lorsqu'un malade présente un état confusionnel assez durable, il faut que quelqu'un agisse pour lui, sinon à son retour « à la vie des affaires », il risque de se trouver devant des situations irréversibles.

C'est pourquoi nous avons proposé que le médecin et son équipe aient accès auprès d'un magistrat. Mais il faut que celui-ci soit littéralement sorti de l'ordre judiciaire « ordinaire » où les activités pénales et civiles, souvent exercées par le même magistrat, s'interpénètrent pour constituer une atmosphère très particulière, toute imprégnée du caractère processif voire contraignant, autocratique et autoritaire (le « tout ou rien »). Nous avons eu la chance de rencontrer au Québec une Cour du bien-être social et bientôt une Cour de la famille, très proches de nos idées.

Des mesures provisoires pourront être demandées à ce magistrat qui a un choix étendu de solutions pour résoudre les problèmes pratiques posés, après avoir entendu la famille. Ces dispositions, aisément révisibles, seront prises dans un état d'esprit et une atmosphère qui ne présentent pas l'allure absolutiste et solennelle des cours de justice. Cette atmosphère gêne à la fois le médecin et les magistrats car il ne s'agit ici que de conflits indirects, voire même simplement latents. Le juge des enfants en France a déjà acquis une remarquable expérience, pour saisir des critères légaux d'intervention très originaux par rapport au droit commun.⁵³ Mais nous demeurons méfiant à l'égard de toute extension au malade mental des « procédures » instaurées pour les mineurs. L'ambiguïté s'est révélée dans le passé trop dangereuse.

C'est aussi pourquoi avons-nous dit, nous avons beaucoup insisté pour ne pas réunir, dans une même population, débiles mentaux (qui eux étaient toujours des « pauvres » ou des « enfants » sur le plan relationnel et intellectuel) et les malades mentaux. Confusion habituelle sur le continent européen, en France en particulier. Nous avons adopté une attitude proche de celle de la loi anglaise de 1959 et de la loi de l'Ontario, qui soigneusement distinguent ces populations. Pour les débiles « internés » le modèle de l'interdiction avec curateur ou gérant de bien (selon l'importance de leurs biens) paraît la formule la plus adaptée. Pour les malades, le juge et ses conseillers doivent avoir le choix entre plusieurs sortes de modèles juridiques : l'administration provisoire, ou des mesures de gestion provisoire, le conseil, l'assistance et la suppléance.

⁵³ Voir : Michel HENRY, *Les jeunes en danger*, Enquêtes et Recherches, Vauresson, 1972, p. 17, 21, 185.

Cela selon un patron « taillé » par le juge qui précisera les pouvoirs du curateur en fonction de la capacité subsistante du malade ou de ses possibilités pratiques en raison des soins. Le juge délibère avec ses conseillers, s'il est libre envers les opinions et les avis reçus. La compétence territoriale du juge coïncide avec les divisions du dispositif de soins.

Cette systématique peut prêter à critique, mais pour nous le tout est de donner assez de valeur signifiante à la communauté pour que toute démarche en faveur du malade soit intégrée et non exorbitante. Pourquoi le médecin refuserait-il au magistrat ce qu'il croit pouvoir posséder : la possibilité d'intervenir sans détruire l'intégration au milieu et la force du moi, sans dévaluer l'image que l'homme doit avoir de lui-même et de sa présence au monde ?

Voici donc terminé ce long récit, la description d'un schéma et d'une action législative correspondante.

Nous osons penser que peut-être l'histoire d'une expérience de traduction, en terme juridique, puis législatif et réglementaire, d'une systématique psychiatrique déjà riche d'expérience peut avoir un intérêt au delà des solutions proposées. C'est pourquoi notre titre, probablement ambitieux et vague, n'est pas, pensons-nous, dépourvu de justification : depuis des années, on vit, ici et là, l'opposition du droit et de la psychiatrie. Le médecin, trop souvent, considère la loi comme un carcan, dont il cherche à se passer le plus souvent possible.

Il semble que ces attitudes sous-tendaient un désaccord fondamental, qui portait sur une tension — une dichotomie — entre individu et société. Le psychiatre croit toujours la lire dans la loi. Cette opposition se traduirait par la rigidité du droit, opposée à la fluidité de la vie et de la souplesse à conserver à l'égard des hommes. Le juriste parle, en effet, d'intérêt social qui limite la perception de l'intérêt individuel.

Mais les psychiatres de Québec ont su penser que le droit moderne pouvait être flexible et centré sur une vision globale des problèmes humains, s'il reconnaissait l'existence des communautés créatrices de normes. C'est peut-être là la signification très large d'un appel, qui restitue au droit sa définition trop souvent méconnue.

L. M. RAYMONDIS

*Bureau d'étude et d'application de
la législation psychiatrique,
Gouvernement du Québec.*

ANNEXE : ORGANISMES OU PERSONNALITÉS CONSULTÉES

Nous disposions d'un petit groupe de consultants réunissant les médecins suivants, choisis en raison de leurs responsabilités : Henry B. Durost et Charles H. Cahn (Douglas Hospital, Montréal), Jean-Yves Gosselin (Président de l'Association des psychiatres du Québec), Jean-Marc Bordeleau (Surintendant, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Directeur du Service de recherches Georges Villeneuve), Gilles Lortie (Directeur régional de la psychiatrie, Montréal). Nous avons bénéficié des conseils de la Fédération des omnipraticiens du Québec, des docteurs : Gérard Hamel, Jean G. Harris, Gilles Desrosiers, psychiatres de Québec, du Dr Fernand Lemelin, Dr Delage, Dr Jules Roy, de M. le Dr Roy pour le collège des médecins ; des avis des administrateurs d'hôpitaux, de l'Association des hôpitaux du Québec, de l'Association des bureaux médicaux. Nous avons toujours été conseillé avec beaucoup de compréhension et de hautes qualités techniques par l'Association des services sociaux en milieu de santé. Nous avons consulté la Corporation des psychologues. Nous avons entendu avec beaucoup d'intérêt les représentants des « préposés aux malades ».

Enfin, nous citerons des personnalités qui nous ont aidé à des titres divers : M. le Dr Paul Gélinas de l'Association canadienne pour la santé mentale qui nous a toujours bien accueilli, M. le Dr Maurice Gauthier du Ministère de la justice, M. Sylvio Bouvier, M. le Dr G. Gravel et le Dr Albert de Joliette.

Ce travail n'aurait pu être, ou du moins doit beaucoup à l'aide ou à l'amitié de MM. les Dr Dominique Bédard, Camille Laurin, du Dr Paul Crépeau, du Dr Denis Lazure et du Dr Jules Lambert qui, à des titres divers, ont été à l'origine de tout l'effort ici décrit. Je n'oublie pas M. le Dr Boudreau, Directeur de l'OPTAT, M. Roger Richard et Mme la Directrice générale de Saint-Jean-de-Dieu qui nous ont hébergés avec nos collaborateurs.

Nous exprimons aussi notre gratitude respectueuse au Dr François Cloutier, Ministre de l'éducation et à M. le Dr Jacques Brunet, sous-ministre des affaires sociales.

Mais beaucoup sont intervenus dont les noms ne figurent pas ici.